

急性精神病で始まった35年経過の女性症例—病像変化の縦断的構造分析

東京女子医科大学医学部精神医学講座

ウチイデ ヨウコ コジョウ ケイコ
内出 容子・古城 慶子

(受理 平成27年9月29日)

**A Woman Followed for 35 Years after the Onset of Acute Psychosis:
A Longitudinal Structural Analysis of Changes in Clinical Pictures****Yoko UCHIIDE and Keiko KOJO**

Department of Psychiatry, School of Medicine, Tokyo Women's Medical University

We describe a woman who suffered the onset of acute psychosis and was followed over a 35-year course. A structural analysis of the course was performed in this case. The patient presented with acute psychosis at 24 years of age. After the symptoms subsided, she had a phasic course in terms of emotion and drive, and had a relapse manifesting as puerperal psychosis following the birth of her first child. Although she showed no spontaneous changes thereafter, she easily became unstable when medication adherence was poor. In the second half of the clinical course, she exhibited instability in a form of reactions to various life events. However, she maintained an uneventful course with no relapse. She had depressive mood changes in the perimenopausal period. In the long-term course, the factor associated with the development of pathological conditions shifted from a disorder to a situated perspective. In terms of female psychiatry, this case could be perceived not only by biological factors such as a recurrent puerperal period and changes in the perimenopausal period but also by the framework of the life cycle in women. A study of the clinical course is essential to ascertain the course and the prognosis of acute psychosis with heterogeneous clinical pictures and to establish the optimal treatment strategy. Our goal is to continuously observe the long-term clinical courses of individual patients and to accumulate results, thereby allowing us to extract issues meriting examination in the future.

Key Words: acute psychosis, longitudinal structural analysis, life cycle in women**緒 言**

筆者らは当教室における先行研究¹⁾²⁾に倣い、比較的長期の経過記録を確認できる内因性精神病の症例について検討を行ってきた。今回は長期経過研究の一環として急性精神病で始まり病像変化を示しつつ、35年の経過を確認できた女性症例について、症状学の横断的また縦断的脈絡での急性精神病症候群の構造分析を試みたので報告する。

急性精神病症候群の領域は、二分法の類型（躁うつ病型と統合失調症型）に還元できない独自の病像

として、歴史的にはドイツ語圏の類循環精神病、フランス語圏の急性錯乱、北欧の反応性（心因性）精神病³⁾、そして日本では非定型精神病⁴⁾と呼ばれてきた。一方で、現在の操作的診断基準ではDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) -5の短期精神病性障害⁵⁾、ICD (International Classification of Diseases) -10の急性一過性精神病性障害 (F23)⁶⁾⁷⁾と大雑把な症状学的範疇にとどまっている。また急性精神病の後の長期経過すなわち縦断面については短くて10年、長くて20年前後の経過の

複数症例を集めた研究が幾つか存在する^{2)8)~10)}。しかし初回発症（入口）と転帰（出口）は記載されているものの、その間の病像変化を詳細に記載した今回のような人生後半期にまでわたる個別症例の長期にわたる観察と検討の集積は少ない。

現在の精神医学の「再医学化（唯物論化）」の流れは、国際分類の見直しに連動しているように思われる。それに強い影響を与えている上記 DSM などの英語圏での診断基準は、医学（身体医学）的方法論（認識における実在性を根拠にした唯物論的還元主義的自然科学的思考）が精神医学の独自の的方法論（解釈の必然性を根拠にした諸症状の連関を貫く意味を探索する全体論的精神病理学的思考）を凌駕（再医学化）したことのひとつの帰結であろう。DSM は信頼性の高い診断基準に基づき、予後診断における有用性を検証し、生物学的疾病単位としての独立性を追求しているように思われる。しかしそれは信頼性のために妥当性を犠牲にしており、さらに従来の内因性精神病における類型学的研究方向とも基本的には一致していることから、同一の限界を持つものでもある。例えば、一定の症状学や転帰が一定の生物学的要因の特殊性を反映しているとみなしているが、病像の病因非特異性の問題、さらに転帰予後が生物学的病因の特殊性を反映していることの根拠の薄弱さを思えば、必ずしも妥当とはいえないであろう。また、精神病理学的意味での病像の連続性、単一経過内部での病像（類型）交代などの臨床的事実をあまりにも単純化することにより、より現実的な自然な仮説の設定可能性さえも奪ってしまっているように思われる。

これまで筆者らは類型学を含めた、疾病論的志向が見落とさざるをえなかったものを求めるために、類型学的志向から離れた臨床的現象学的研究を考えることが重要として、症状学的 3 次元を設定¹¹⁾¹²⁾しての病像変遷の縦断的構造分析を行ってきた。今回もその方法を用いる予定である。その際最も現実的であるのは、眼前にある状態像とその変化である。内因性精神病全体を純粋に、症状学的、精神病理学的に規定された病像の変遷として記述し、現象像そのものを対象としてその可逆性、恒常性、変化性とその方向を検討し分析することは、必要であり可能な作業である。この作業に基づく資料だけが精神病理学的、生物学的研究の根拠になりうるし、状態像に精通することが治療の発見とその意味の十分な分析の手がかりとなると考える。また、長期的な治療戦

略をたてるためにも、個別症例における経過研究の蓄積が不可欠として、それが可能であった詳細知見に基づく 1 症例を提示しながら表題の考察を行う予定である。

方 法

先に述べた、方法として用いる症状学的 3 次元¹¹⁾¹²⁾について説明する。

病像記載の際、横断面病像自体に移行が存在するために特徴的症状への注目のみでは分別が困難な病像が少なくない。そこで、従来の類型を横断面像としてみつつ、特徴的症状のみならず非特徴的症状もあわせて 3 つの症状系列（次元）、すなわち感情推進面の変化（生命学的次元）、自我意識障害（意識学的次元）、自我反応性（性格学的次元）の系列に注目し、各病像の連続性と差異を検討しつつ病像変化の継続的分析を試みる。この 3 次元は、精神病像が生命性と自我とから成る人格の構造が反映されているとみる筆者らの個人的見解の現れではあるが、現実的で包括的な病像規定の方法と考えるものである。

1. 生命学的次元：感情推進面

1 つ目の次元は千谷¹¹⁾¹²⁾が生命的症状、Janzarik W¹³⁾が力動的症状と呼ぶものに相当する。その症状は、超人格性、身体近縁性から、疾病性、病勢の比較的直接的な反映とみなすことができ、疾病論的観点から最も注目されるべき症状といえることができる。病勢が強まるにつれこれらの症状が前景を占めると、症例固有の特徴は失われる。この次元の比較的純粋な現れが双極性感情障害の症状である。

2. 意識学的次元：自我意識障害

2 つ目の次元は Janzarik W¹³⁾が構造依存的症状と呼ぶものであり、統合失調症圏の特徴的症状が含まれる。生命的变化の優勢化につれて内容の断片化がみとめられ、次第に前景から去っていく症状であり、病勢が穏やかな折にむしろ意識内容は脈絡をもったものになる。統合失調症圏の病像はこの症状と生命学的次元から構成されるといえる。自我意識障害の段階を特徴づける指標的症状の系列として、自己関係づけ、錯覚的知覚としての妄想知覚、言語性幻聴、光景的幻視があげられるが、これらは知覚における意味意識の実体化の系列であり、意識解体の諸段階とみなすことができる。意味意識の実体化とは、意識の自己所属性の障害の表現である。段階が進むにつれて患者の意識内容は現実とのつながりを失い、論理は倒錯し、さらに空想的で夢のような荒唐無稽に近いものとなっていく。

3. 性格学的次元：人格反応面

異常体験反応(心因反応)、神経症的特殊症状と共通するものである。ヒステリー症状や強迫症状が内因性精神病の経過中のある時期に生じることはよく知られている。病勢の軽い時期にこの次元がみとめられるが、そこで患者は人格的なまとまりを持って社会生活における様々な状況に直面するとともに、それらに対する反応性も持っている。病勢の穏やかなときには、この次元のみが前景に立つ場合もある。この性格学的症状の重症度と生命的变化とは必ずしも相関しない。性格学的症状は、その性質上一定の人格的主体としてのまとまりを必要とするので、自我性が希薄だったり、とりとめなかつたりする統合失調症圏の病像よりも、感情障害圏の病像において問題となる。逆に、病像構成の上からは感情障害とは、生命学的症状と性格学的症状から成るともいえる。躁病においては、自信過剰、尊大さから誇大妄想にまで至るにしても比較的単純であるが、うつ病においては自我感情、自意識の低下は直接存在感情として意識され、失意と絶望につながる。これらに対するさまざまな人格的反応として、うつ病における心因反応の一部は出現する。

以上に示した方法を用いて、急性精神病で発症し35年が経過している女性症例についてその経過を検討する。当科に保存されている診療録を用いて経過確認を行い、病像の継時的変化を抽出し経過の構造分析を行った。なお、X+7年のT病院入院時の診療録については保存されておらず、その概要のみが確認可能であった。

倫理および個人情報保護の観点から若干の改変を加えるが、今回の発表については本人の了解を得ている。

症 例

1. 患者

59歳の女性。24歳時に発症し、当院で治療に導入した。

入院歴：当院に2回、当院関連施設に1回の計3回である。

精神科的遺伝負因：次女が適応障害による治療歴を有している。

既往歴：21歳時に自然気胸を発症、乾性肋膜炎の治療のため2ヵ月自宅療養。48歳時に甲状腺良性腫瘍を指摘されている。

月経歴：初経は13歳、ほぼ整順な周期であった。46歳頃に閉経。

2. 生活史

関東某県にて姉、弟との同胞3人の2番目として出生。父親は国家公務員であり幼少時は引っ越しの多い生活であった。公立小学校を経て私立女子校(進学校)に進み、某女子大と某大文学部に合格し、数ヵ月二重学籍で双方に通学したが最終的に女子大を選択し卒業。大学卒業後某有名企業に就職し、宣伝部で雑誌広告を担当。この頃に現病を発症し退職。25歳時から研究生として3年、その後聴講生で2年、出身大学に在籍した。この間の2年間父親の伝手で短期の就労。31歳時に見合い結婚、挙児2人。35歳時夫の転勤で渡米、39歳時に帰国し以降は首都圏で生活。43歳時から2年の間に舅、姑、実父が死亡。46歳時～49歳時、51歳時～54歳時夫が単身赴任。現在は夫と2人暮らしである。

3. 病前性格

本人によると、明るく積極的で人懐こく、すぐに友人ができる。周囲の人物によると負けん気が強く潔癖で、自分が正しいと思うことを曲げないが、素朴、素直で可愛らしいところがあるという。学生時代は山旅の会に所属していたが、登山が好きというよりは友人と一緒に行動することを楽しんだという。信仰する宗教はないが、ミッションスクールに通学していたことから、キリスト教の影響は少なからず受けているとのこと。

4. 現病歴

初診、入院のほか、関与しているライフサイクル上の節目を細目としてあげた。

1) 初診に至る経過

X年1月(24歳)に見合い。見合い相手が1週後に渡仏したため、文通で連絡を取り合ったが、当時は仕事が多忙だったこともあり、もどかしく感じた。また相手の両親に引け目を感じて結婚後の同居に悩んでいた。X年2月12日、いわゆる「寿退社」の退職を申告したが、同時期に本人の企画戦略が成功し、会社がパーティを開催。その席上で「某広告代理店の幹部と目と目を見合わせただけで心が通じた、嬉しい」と述べ、「会社の同僚とも目だけで会話ができる」というようになった。

X年2月15日(パーティの翌日)、業務中に「会社の人のほとんどが自分のことを思ってくれているのが分かった、嬉しい」と言い、特に重役社員への態度は特別であるように感じられたという。「こんなに思われているのに」結婚を理由に辞めることにも悩んだ。

X年2月17日、起床した途端、堰を切ったようにお喋り。当日は休日、予定通り家族と外出。家族の観察では、一応まとまっていたが、眼ばかりギラギラして異様な雰囲気であったという。翌日通常通りに出勤したが、勤務先でとりとめないお喋りが続くため、上司の判断で同僚の付き添いのもと夕刻に帰宅した。X年2月19日、早朝から全くまとまりがなくなり、激情的な興奮を呈した。喋りづめ、動きづめとなり、「気分は最高」と言ったり「不安」と言ったりするため、同日両親に連れられ当院初診に至った。

2) 初診時

泣き叫びながら来院、問診施行は不可能な状況であった。ハロペリドールとビペリデンを筋注したところ、多幸的だが興奮は治まった。診察しようとする幼児的退行の構えで「あの～」と言いながら初診医に抱き付くなど抑制欠如が目立った。クロルプロマジン 800 mg/日の内服が指示され、自宅で様子を見ることとなった。自宅ではベッドをリビングルームに置き、母親がつき切りで介護した。服薬しては眠り、2時間して起きて食べ、また服薬して眠り、ということを繰り返したが、覚醒時にはにこにこして「お父さん、お母さん、ありがとう」「神様ありがとう」などと言って幼少時からのことをあれこれ喋っていた。

初診以降は母親同伴で連日外来受診していたが、X年2月21日（初診から第3病日）頃から服薬しても眠らなくなった。日毎に服を替え、聖書を持参して受診に臨み、担当医に握手を求め「先生、お友達になってください」と距離の取れない抑制欠如が目立つ一方で、家族には「神の代理人になった」「家族関係がよくない、直さなくちゃダメだ!」と尊大で誇大な言辞、興奮し激昂に至る状態であった。薬剤調整したところ、上機嫌で甘えが目立つ軽躁状態へ移行した。しかし家族の介護疲れもあり、入院治療の方針となった。

3) 初回入院

X年2月27日夕刻に入院。面談では「会社のこと、整理はついたが辞めると考えると悲しくなる。発病時のことや初診のことは聞かないでください。何もかも一度にどーっと来た感じ。まだそのことを考えると不安定になるし、はっきり思い出せない」と述べた。現症以外の情報収集も試みたが、話がまとまりなく逸れやすかった。第2病日になると「病気のことを話しても平気になった」とかなり詳細に発病

までの経緯や会社での出来事を陳述した。その後は不安が消長したが徐々に安定し、第21病日に初めての外出を試行し、その翌日には親族の法事には出席できた。以降、外泊を繰り返し第51病日に軽快退院した。退院時処方主剤の抗精神病薬がクロルプロマジン換算 280 mg 相当であった（極期は 1,000 mg 以上使用）。診断は躁病であった。

4) 結婚、出産、再入院

予定通り退職したが、結婚は破談となった。複数の習い事や家庭教師のアルバイトなどをこなしつつ、就職活動や見合いをして過ごした。6ヵ月ほどうつ状態が持続した後、軽躁状態とうつ状態の繰り返しがみられたが、うつ病相では三環系抗うつ薬が処方された。X+3年4月（27歳）から出身大学の聴講生となり教職資格取得を目指したが、資格取得はかなわなかった。X+6年6月に見合い相手と結婚し、8月に妊娠が判明した。これに伴い服薬を中止したところ、数日後に夢うつつの中大声で叫んだり、暴れたりということがあった。後に「夢か現実かははっきりせず、夢の中のような感覚」と回想し、記憶は前後したもの概ね保持されていた。服薬を再開し速やかに軽快している。

X+7年4月14日（31歳）に鉗子分娩で第1子を出産し、実家で過ごすこととなった。出産から約1ヵ月後、夫が時々（実家に）顔を出していることを姑に窺われ、これが実母を通して本人に伝わったところ「子どもをとられる」などというようになった。5月下旬に予定通り自宅に戻ったが睡眠障害が続いた。6月4日、外来受診。見当識は辛うじて保持されていたが、夫に抱えられ「ア～」と喚きながら体を振じらせ、不安困惑と高揚気分の交替が観察された。ジアゼパムとクロルプロマジンを筋注して帰宅とした。しかし翌日も全く同じ状態像で受診したため、T病院（当科関連）への入院を指示した。同年10月12日に軽快退院した。T病院の診療録は保存されておらず、入院中の経過確認は不可能であったが、退院時診断は「躁うつ病」と確認できた。

5) 第2子出産、海外赴任

X+9年（33歳）に夫の海外赴任が決定し、夫が第2子を希望した。同年10月に妊娠が判明し、担当医は妊娠継続を許可している。X+10年4月に失失失歩、視覚異常を主訴に8日間産科に入院することがあったが、6月22日に正常分娩し、産後も問題なく経緯した。

7月1日、先に夫が渡米し、同年11月に本人も2

人の児を連れて渡米した。以降 X+14 年までは、母親による病状報告を確認し、薬を本人に送付する診療形態となった。服薬アドヒアランスの悪化による気分の不安定さが数回みられたものの、予定の期間を米国で過ごし X+14 年 7 月末(38 歳)に帰国した。久しぶりの外来受診では、育児の悩みや夫婦間葛藤などが聞かれた。その後、夫の両親の病気と看取りに前後して、易疲労、健忘や、親族に対する関係づけ亢進傾向がみられている。

6) 家庭内葛藤、最後の入院

X+19 年秋ごろ(43 歳)、服薬アドヒアランスが悪化した。同時期に実父の悪性疾患罹患、夫との不仲といった社会心理的背景が存在した。また、長女の中学校受験を巡って持続ストレス状況にあった。担当医と家族により 11 月に休養目的での入院が設定されたが、本人が来院せず取り止めとなった。その後、長女の受験出願に際して揉め事が起き、本人が長女と夫に手を上げ、夫も本人を平手打ちするという事態に至った。12 月 24 日に受診、即日入院となる。「長女の受験に関して、塾の成績に一喜一憂していた、受験のことで疲れていた」「夫が会社のことで忙しい、娘の進学後に夫が転職したらどうしよう」と語ったが速やかに落ち着き、第 6 病日から外泊、この外泊中に実父を看取ることとなり、当夜は不眠だったが精神状態の増悪はなかった、と夫の報告で確認でき第 14 病日に軽快退院となった。

7) 閉経、家族の健康問題

X+20 年春(44 歳)から「元気がない状態」が持続していたが、X+21 年春頃に婦人科を受診して閉経の可能性を指摘された。外来の面談では、子ども達の学業に関する悩みがテーマになりやすかった。X+23 年、夫の単身赴任中に予定されていた自宅の新築を開始し、同年 11 月に引っ越し。自身で薬の用量を調整しながら寛解を維持した。X+31 年(55 歳)に夫が糖尿病を発症。同時期に長女の進路問題や母親の健康問題などが顕在化し、軽い増悪(不機嫌)がみられたものの、薬の用量調整で乗り切った。

59 歳の現在、明らかな症候を認めない。ペルフェナジン 16 mg、レボメプロマジン 5 mg (2 剤でクロルプロマジン換算 165 mg)、ビペリデン 2 mg の定時内服を継続し、ごく稀にゾルピデム 5 mg を頓服する。2 ヶ月～半年に 1 回程度、再発予防目的に筆者が経過観察中である。55 歳での軽い増悪以降、再燃や再発は観察されていない。

8) 経過変遷のまとめ

急性精神病で発症した。発症に前駆して、職場での成功体験と結婚退職という葛藤や心理的負荷が存在した。極期には誇大なテーマの妄想の消長と激しい情動の変化が観察された。その後は感情推進面の病相性経過を示し、第 1 子出産後に急性精神病で再発した。以降、自生性の病像変化は確認されなかったが、服薬アドヒアランスが悪化すると容易に不安定になった。経過の後半では、種々のライフイベントを心理的負荷要因として、これに反応する形での不安定さが観察されたが、大きな破綻には至らず経緯した。閉経周辺期に抑うつ性の気分変調が観察された。

結 果

3 つの次元¹¹⁾¹²⁾による病像変化の縦断的構造分析を行った。

1. 生命学的次元：感情推進面(情緒行為面)

病初期における寛解を挿入での相期性の推進亢進、不安定性や抗うつ療法を要した時期の存在、服薬アドヒアランス悪化時の推進亢進あるいは不安定性、閉経周辺期に一致しての推進低下(うつ状態)、などにこの次元が観察された。

2. 意識学的次元：自我意識障害

初発病相と第 2 回入院(産褥精神病)における急性錯乱、第 1 子妊娠判明時に服薬中断した際の軽度の夢幻錯乱として観察されたが、経過の特に後半では表立つことがなかった。

3. 性格学的次元：人格反応面

第 2 子妊娠中にみられた転換症状(失立失歩、視覚異常)、心理的負荷が重畳し対夫葛藤が顕在化した際の緊急避難目的の第 3 回目の入院、経過後半での折々のライフイベントへの反応などで観察された。

考 察

1. 急性期病像について

いずれも従来の二分法の類型学的観点で分類することが困難であった。初発時は、職場での成功体験と結婚退職という葛藤や心理的負荷状況が前駆し、そこに成功した本人を祝って職場主催の大規模なパーティが催されたことも発症を惹起したと考えられる。しかし極期には「神の代理人になった」など誇大なテーマの妄想が消長し、至福と不安の交替や錯綜など激しい情動の変化が観察されたことから、当初の葛藤内容主題の意味連続性はなくなっている。すなわち、ここで症例が体験した状況変化は生氣的な力として作用しているのだが、精神病発症

との間に時間関係はあっても意味連続性はない。このように、ある体験に「よって」ではなく「通じて」(durch:独)精神病になることをSchneider Kは誘発といった¹⁴⁾。したがって前駆した状況変化は契機というより、内因性精神病的誘発因として働いたとみなすことができるであろう。従来診断では中間例ないし非定型精神病となるが¹⁵⁾、現在の操作的診断基準に照らせば、ICD-10の統合失調症症状をとまなわれない急性多形性精神病性障害(F23.0)⁶⁾に相当すると考える。

分娩からおよそ6週での再発エピソードは、産褥に関連した精神および行動の障害、他に分類できないもの(F53)¹⁶⁾、いわゆる産褥精神病であったと推測できる。

2. 縦断面について

長期経過の中での病像変化は一義的でなく、経過全体を回顧すると病態発生の座が、疾病性の次元(感情推進面、自我意識障害)から状況やライフサイクルと連関した非疾病性の次元(人格反応面)へとシフトしたと考えられる。

3. 女性症例であることについて

この症例は女性症例である。女性では思春期、産褥期、閉経など性ホルモンの大きな変動が背景となって精神病が出現することがある¹⁷⁾。例として、産褥精神病があげられる。またライフサイクルやライフイベントとの関連にも注目したい。本症例では進路葛藤(人生行路の選択)、見合い、出産、親族との死別、看取り、引っ越し、対夫葛藤、閉経、子どもの受験、子どもの巣立ちなど女性のライフサイクルにおける生物学的、心理社会的双方の節目を数多く指摘することができる。

4. 薬物療法について

この症例では、第1子妊娠判明後のごく一時を除き、一度も中断することなく薬物療法が継続された。極期にはクロルプロマジン換算1,000 mg以上の抗精神病薬が必要であったこと、服薬アドヒアランス悪化により容易に不安定になった時期が存在したこと、現在もクロルプロマジン換算165 mg相当の薬物療法を継続していること等の事実、長期経過をたどっても生命学的次元(感情推進面)の症状が潜在している可能性が示唆されるものの、本稿ではその意味について検討していない。

結 論

急性精神病で発症した女性症例の35年にわたる経過の構造分析を試みた。初発はイベントを契機に

急性精神病で顕在化し、続いて感情推進面の病相性経過を示し、第1子出産後には産褥精神病で再発した。その後、自生性の変化は観察されなかったものの、服薬アドヒアランスが悪化すると容易に不安定になった。経過後半においてはライフイベントを心理的負荷要因として、これに反応する形での不安定さがみられたが、大きな破綻には至らなかった。閉経周辺期に抑うつ性の気分変動が観察された。急性期の状態像はいずれも従来の二分法の類型学的観点で分類することが困難であった。生命学的次元、意識学的次元、性格学的次元の3次元を用いて経過全体をみると、病態発生の座が疾病性の次元から状況論的発症、年代論的次元へとシフトしたとまとめられた。女性精神医学の観点からは、産褥期の再発や閉経周辺期の抑うつ性気分変動はホルモンと関係しての女性の生物学的屈曲期(ライフサイクル)と関連していたが、心理的負荷要因となったイベントもまた、女性のライフサイクルという枠組みでとらえられた。薬物療法については、急性期に相当量の抗精神病薬を必要とし、また現在に至るまで中断されずに少量ながら継続されている事実から、長期経過の中でなおも疾病性の次元(感情推進面)の症状が潜在している可能性が示唆されるものの、その意味について今回は検討しなかった。治療戦略の構築のためにも精神症状群の横断的および縦断的構造分析(症状構成論)は不可欠であり、今後も個別症例の長期経過の観察と検討を集積し、検討されるべき課題を抽出する努力をしていきたい。

概要は、精神病理ワークショップ2014夏(私学会館(市ヶ谷)、2014年8月30日)で口頭発表した。

この報告には開示すべき利益相反状態はない。

文 献

- 1) 岩井一正, 石原さかえ: 長期経過からみた中間領域の位置づけ。内因性精神病的経過力動に関する研究 3. 精神医 35: 1311-1318, 1993
- 2) Kojo K: Cycloid psychotic features in delusions of persecution from a structural dynamic standpoint. In Endogenous Psychoses. Leonhard's Impact on Modern Psychiatry (Beckmann H, Neumärker KJ eds), pp59-64, Ullstein Mosby GmbH & Co KG, Berlin/Wiesbaden (1995)
- 3) 坂元 薫: 欧米における非定型精神病概念。精神科治療 15: 473-481, 2000
- 4) Hatotani N: The concept of 'atypical psychoses': Special reference to its development in Japan. Psychiatry Clin Neurosci 50: 1-10, 1996

- 5) 短期精神病性障害.「DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル」(高橋三郎, 大野 裕監訳), pp94-96, 医学書院, 東京 (2014)
- 6) F23 急性一過性精神病性障害.「ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—」(融 道男, 中根允文, 小見山実監訳), pp108-113, 医学書院, 東京 (1993)
- 7) 坂元 薫: 急性精神病の操作的診断基準をめぐる諸問題. 精神科治療 25 : 1139-1143, 2010
- 8) 阿部隆明: 急性精神病の諸経過. 精神科治療 25 : 1145-1152, 2010
- 9) Singler L, Roos L, Danion JM et al: Bouffées délirantes et schizophrénie Étude catamenistique comparative de deux groupes de patients. Ann med psychol 144: 1029-1043, 1986
- 10) von Trostorf S, Leonhard K: Catamnesis of endogenous psychoses according to the differential diagnostic method of kahl leonhard. Psychopathology 23: 259-262, 1990
- 11) 古城慶子: ドイツ語圏の精神病理学における内因性. 臨精医 40 : 1013-1020, 2011
- 12) 古城慶子: 単一精神病. 特集“非定型”な精神病について. Schizophrenia Front 12 : 215-221, 2012
- 13) Janzarik W: Dynamische Grundkonstellationen in Endogenen Psychosen, Springer, Berlin-Heidelberg-New York (1959)
- 14) クルト・シュナイダー: 心的反応能力の障害.「臨床精神病理学(改訂増補第6版)」(平井静也, 鹿子木敏範共訳), pp142-143, 文光堂, 東京 (1957)
- 15) クルト・シュナイダー: 中間例.「臨床精神病理学(改訂増補第6版)」(平井静也, 鹿子木敏範共訳), pp156-158, 文光堂, 東京 (1957)
- 16) F53 産褥に関連した精神および行動の障害, 他に分類できないもの.「ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—」(融 道男, 中根允文, 小見山実監訳), p 202, 医学書院, 東京 (1993)
- 17) 本田 裕, 保崎秀夫, 下坂幸三ほか: 結婚・妊娠・出産をめぐる精神医学の諸問題 (座談会). 臨精医 19 : 1757-1775, 1990